

茅野市母子保健法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 8 月 3 1 日

茅野市長 今井 敦

茅野市規則第 3 0 号

茅野市母子保健法施行細則の一部を改正する規則

茅野市母子保健法施行細則（平成25年茅野市規則第15号）の一部を次のように改正する。

第9条第3項中「申請者が」を「申請者は、」に、「紛失し、又は毀損した」を「破り、汚し、又は失った」に、「により」を「を」に改め、「市長に」の次に「提出し、」を加え、「の申請をするものとする」を「を受けなければならない」に改め、同条中第4項を第5項とし、第3項の次に次の1項を加える。

4 前項の規定により医療券の再交付を受けた申請者は、医療券の再交付を受けた後、失った医療券を発見したときは、速やかにこれを市長に返還しなければならない。

様式第1号を次のように改める。

様式第 1 号（第 5 条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先）茅野市長

申請者住所

申請者氏名

本人との続柄

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

本人	ふりがな 氏 名		男・女	生 年 月 日		
	居 住 地				個人 番号	
扶養義務者	氏 名		本人と の続柄		電話 番号	
	居 住 地				個人 番号	
医療保険各法の 記号及び 番 号			保険者等の 名 称			
希望する指定養 育医療機関の 名 称						

（添付書類）

養育医療意見書（様式第 2 号）

世帯調書（様式第 3 号）

同意書（様式第 3 号の 2）

申 請 受 付 年 月 日		決定年月日	
------------------	--	-------	--

様式第 2 号を次のように改める。

様式第 2 号（第 5 条関係）

養育医療意見書				
ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	
在胎週数	(単胎/双胎 (胎))		出生時 の体重	グラム
症状の概要	1 一般状態	(1) 運動不安・痙攣 (2) 運動が異常に少ない		
	2 体温	(1) 摂氏 34 度以下		
	3 呼吸器 循環器	(1) 強度のチアノーゼ持続 (2) チアノーゼ発作を繰り返す (3) 呼吸数が毎分 50 以上で増加傾向 (4) 呼吸数が毎分 30 以下 (5) 出血傾向が強い		
	4 消化器	(1) 生後 24 時間以上排便がない (2) 生後 48 時間以上嘔吐が持続 (3) 血性吐物がある (4) 血性便がある		
	5 黄疸	(1) 生後数時間以内に発生 (2) 異常に強い		
	その他の所見 (合併症の有 無等)			
診療予定 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在受けて いる医療	保育器の使用 人工換気療法 酸素吸入 経管栄養 持続静脈内注射 その他の医療			
症状の経過				
上記のとおり診断する。 年 月 日 指定養育医療機関の名称 医師氏名 ㊞				

様式第3号の2を次のように改める。

様式第3号の2（第5条、第9条関係）

同意書

年 月 日

（宛先）茅野市長

母子保健法第21条の4第1項及び茅野市母子保健法施行細則第11条に基づく事務手続きを処理するため、地方税関係情報の取得及び生活保護受給確認を行うことに同意します。

記

同意者	申請者との続柄	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	☐ 申請者と同居

※記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名をする場合は、本人の委任状も合せて提出すること。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、用紙を追加し記載すること。

上記についての確認が出来ない場合は、確認に必要な証明書を提出していただく場合があります。

様式第 4 号を次のように改める。

様式第 4 号（第 6 条関係）

公費負担者番号								
受給者番号								

養 育 医 療 券					
交付番号				交付年月日	
医療保険各法の 記号及び番号				保険者名	
受 療 者	氏 名				男 ・ 女
	生年月日			出生時の体重	グラム
申 請 者	氏 名			受療者との 続 柄	
	住 所	〒			
指定養育医療 機関の名称					
この券の有効期限		年 月 日 から 年 月 日 まで			
一部負担金	1 か月		円	階層区分	
	この一部負担金は、後日茅野市から申請者へ別途納付書により請求します。				
上記のとおり決定します。					
年 月 日					
茅野市長				印	

注意事項

指定養育医療機関において診療を受ける場合、被保険者であることを示す証明書に添えて、この養育医療券を窓口に提示してください。

様式第 5 号を次のように改める。

様式第 5 号（第 7 条関係）

移送承認申請書

年 月 日

（宛先）茅野市長

申請者住所
氏 名

このことについて、下記のとおり申請します。

記

受療者氏名				養育医療券 交付番号	
担 当 医 師 の 意 見	移 送	移 送 区 間			
		移 送 方 法			
		移 送 年 月 日			
	移 送 を 必 要 と 認 め る 事 由				
	費 用 見 積 額				
年 月 日					
指定養育医療機関の名称					
担当医師氏名 ㊞					
やむを得ない理由で 事後において申請す るときはその理由					

様式第 6 号中「指定養育医療機関名」を「指定養育医療機関の名称」に改める。

様式第 7 号を次のように改める。

様式第 7 号（第 9 条関係）

養育医療券再交付申請書

年 月 日

（宛先）茅野市長

申請者住所
本人との続柄
氏 名

下記の理由により、養育医療券を再交付してください。

記

本人氏名		男・女	生年月日	
扶養義務者 氏名		本人と の続柄		
扶養義務者 住所				
医療保険各法の 記号及び番号		保険者名		
養育医療券 交付番号		交付年月日		
再交付の理由				

様式第 8 号 中

「

受給者	受給者番号							
	有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで						
	氏 名							
	生年月日	年 月 日			性別	男・女		
	住 所	(〒 —) 電 話 (—)						

」

を

「

受給者	受給者番号							
	有効期限	年 月 日 から 年 月 日 まで						
	氏 名						男 ・ 女	
	生年月日							
	住 所	(〒 —) 電話 (— —)						

」

に改める。

様式第 9 号を次のように改める。

様式第 9 号（第 10 条関係）

養育医療継続給付協議書				
本人氏名		男・女	生年月日	
扶養義務者 氏名		本人と の続柄		
養育医療券 番号				
上記の者の養育医療の給付の継続を必要と認めます。 年 月 日 （宛先）茅野市長 指定養育医療機関の長 ⑩				

様式第 10 号中「指定養育医療機関名」を「指定養育医療機関の名称」に改める。

様式第 11 号を次のように改める。

様式第 11 号（第 10 条関係）

公費負担者番号								
受給者番号								

養 育 医 療 継 続 給 付 承 認 書		
養育医療券交付番号		
受療者	住所	
	氏名	
指定養育医療機関の 名 称		
承認 の 事項	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	1 か月間の 一部負担金	円
	医療費概算額	円
その他		
上記のとおり承認します。		
年 月 日		
様		
茅野市長		
印		

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に存するこの規則による改正前の様式による用紙は、当分の間、これを取り繕い使用することができる。